

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA,
PIURA DURANTE AÑO 2017”

DEPARTAMENTO ACADÉMICO: CLÍNICA Y PATOLOGÍA
ÁREA MATERNO INFANTIL

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA,
PIURA DURANTE AÑO 2017”**

AUTOR:

LUZELBY TAMARA ZAPATA ALDANA

ASESOR:

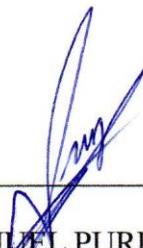
DR. MANUEL PURIZACA BENITES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD




TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE GINECOSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA
DURANTE AÑO 2017”



DR. MANUEL PURIZACA BENITES
ASESOR



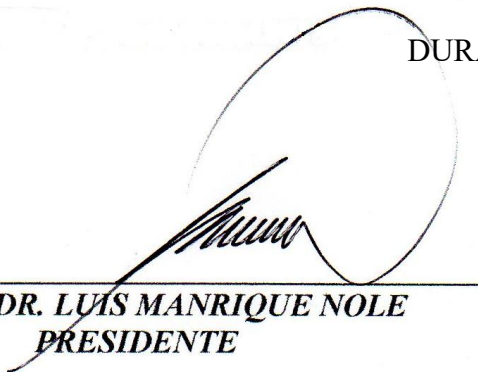
LUZELBY T. ZAPATA ALDANA
AUTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE GINECOSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA
DURANTE AÑO 2017”



DR. LUIS MANRIQUE NOLE
PRESIDENTE



DR. SEGUNDO MONTOYA CARBAJAL
SECRETARIO



DR. JAVIER LAMADRID RAZURI
VOCAL



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TODOS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Ciencias de la Salud
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Sustentación Tesis de la Srta. **LUZELBY TAMARA ZAPATA ALDANA**, denominado "**FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOBISTRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA DURANTE AÑO 2017**". Lo declaran:

APROBADO

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificada APTA por el Consejo de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**, de conformidad con el Art. 171 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

Piura, 20 de marzo del 2018


DR. LUIS MANRIQUE NOLE
PRESIDENTE


DR. SEGUNDO MONTOYA CARBAJAL
SECRETARIO


DR. JAVIER LAMADRID RAZURI
VOCAL

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

A mis padres, Armando y Andrea por apoyarme en todo momento, por siempre dejarme volar con alas propias y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación como hasta ahora.

A mi hermana, porque aunque no lo sepa, la admiro por ser un ejemplo de desarrollo personal y profesional y por darme un sobrino hermoso, José Manuel.

A mis ángeles en el cielo, a JOCA porque siempre creyó que lo lograría y por haberme acompañado tal vez no física pero si espiritualmente a lo largo de este camino, a mi abuelo ALEJANDRO por ser mi amuleto y haber cuidado siempre de mí y mucho más desde el cielo.

A Claudia y Marco, por ser quienes le dan sazón a mi vida, por quítame el estrés de los días malos con sus ocurrencias y por estar siempre a mi lado.

A mi familia entera, por el apoyo incondicional incluso en la distancia, por comprender mis ausencias, mis malos ratos, porque son la bendición más bonita de Dios y la herencia más grande de los abuelos.

A Crhistian, por ser quien es, porque se merece lo mejor, mucho más que su nombre escrito aquí, por su infinita paciencia y amor, por haberme acompañado y aún, a pesar de todo, seguir haciéndolo; por sacar lo mejor de mí, y sobre todo por ser siempre quien me da la paz y tranquilidad capaz de hacerme volar aún con los pies sobre la tierra.

A todos los docentes y doctores que me brindaron sus enseñanzas para poder ser una buena profesional.

Resumen

Según la encuesta ENDES en el 2015, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada, siendo así un evidente problema actual de salud pública en nuestro medio. Por ello el objetivo principal del estudio fue determinar los factores asociados a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017. Se realizó un estudio retrospectivo de tipo caso-control en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante el año 2017, utilizando una ficha de recolección de datos diseñada para indagar en el propósito de este estudio. Se reportaron aquellos valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. Los resultados obtenidos fueron la prevalencia de embarazo adolescente fue de 9.01% (320). Los factores asociados a embarazo adolescente fueron el estado civil conviviente (OR:3,25, IC95% 2,45-3,68, valor $p=0,015$), proceder de zona rural (OR:3,21, IC95% 1,57-3,91, valor $p=0,013$), zona urbano marginal (OR:2,67, IC95% 1,12-3,52, valor $p=0,011$), tener nivel de instrucción primaria (OR:3,42, IC95%:3,01-3,78, valor $p=0,024$), no usar métodos anticonceptivos (OR:2,14, IC95%:1,24-2,94, valor $p=0,045$) y tener el antecedente de embarazo previo (OR:2,64 IC95%: 1,91-3,13 valor $p=0,015$). Por lo se concluye que la prevalencia de Embarazo Adolescente fue de 9,01%. Los factores asociados fueron el estado civil conviviente, proceder de zona rural y urbano marginal, nivel de instrucción primaria, no usar métodos anticonceptivos y tener el antecedente de embarazo previo. Es ante esto que se propone continuar ejecutando e implementar nuevas políticas sanitarias de prevención de embarazo adolescente.

Palabras claves: adolescente, embarazo adolescente, factores asociados, factores de riesgo

Abstract

According to the ENDES survey in 2015, of the total number of adolescents aged 15 to 19, 13.9% had already been pregnant, which is an evident public health problem in our country. Therefore, the main objective of the study was to determine the factors associated with Teen Pregnancy in the gynecology service of Hospital II-2 Santa Rosa Piura during 2017. A retrospective case-control study was conducted in pregnant women treated in Hospital II-2 Santa Rosa, Piura during 2017, using a data collection form designed to investigate the purpose of this study. Those $p < 0.05$ values were reported as statistically significant. The results obtained were the prevalence of adolescent pregnancy was 9.01% (320). The factors associated with teenage pregnancy in the gynecology service of Hospital II-2 Santa Rosa, Piura during 2017 were cohabiting marital status (OR: 3.25, 95% CI 2.45-3.68, p -value = 0.015), from rural areas (OR: 3.21, 95% CI 1.57-3.91, p -value = 0.013), marginal urban area (OR: 2.67, 95% CI 1.12-3.52, p -value = 0.011), having primary education level (OR: 3.42, 95% CI: 3.01- 3.78, p value = 0.024), not using contraceptive methods (OR: 2.14, 95% CI: 1.24- 2.94, p value = 0.045) and having a history of previous pregnancy (OR: 2.64 95% CI: 1.91-3.13 p value = 0.015). It is concluded that the prevalence of Adolescent Pregnancy was 9.01%. The factors associated were cohabiting civil status, proceeding from marginal rural and urban areas, primary education level, not using contraceptive methods and having a history of previous pregnancy. This is why it is proposed to continue implementing and implementing new health policies for the prevention of adolescent pregnancy.

Keywords: adolescent pregnancy, associated factors, risk factors

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	9
ÍNDICE DE TABLAS.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Justificación del estudio del problema.....	15
1.5. Alcances y limitaciones del estudio.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.2. Bases teóricas y definiciones conceptuales.....	17
2.3. Antecedentes de la investigación.....	27
CAPÍTULO III	
3. Formulación de hipótesis.....	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Tipo y diseño de Investigación.....	34
4.2. Población y muestra.....	34
4.3. Operacionalización de variables.....	37
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
4.5. Técnicas para el análisis de datos.....	40
4.6. Aspectos éticos.....	41
CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
5.1. Descripción de resultados.....	42
5.2. Análisis de resultados.....	42
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	48
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....	51
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Figura 01. Cálculo de tamaño de muestra 1.1	35
Figura 02. Cálculo de tamaño de muestra 1.2	36
Tabla 01. Prevalencia de Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.....	42
Tabla 02. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes/no adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017	43
Tabla 03. Características ginecobstétricas de gestantes adolescentes / no adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017	44
Tabla 04. Factores asociados a embarazo adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017	46

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente constituye actualmente un serio problema de salud pública a nivel mundial, ya que se han evidenciado altas tasas de casos en población norteamericana que oscila entre el 13% de la población adolescente entre los 10-19 años de edad (1, 2,3).

Por otro lado, en nuestro país según la encuesta ENDES 2015, el 13,9% de las adolescentes entre los 15-19 años ya han presentado un embarazo previo en su etapa de vida, mientras que el INEI plantea una cifra del 14% a nivel nacional según los últimos reportes estadísticos realizados (4-8).

A nivel de la región Piura, la tasa de embarazo adolescente representa el 16,4%, lo cual representa el tercer departamento con mayores casos después de Tumbes y Lima con 22,2% y 18,4% respectivamente (9,10).

Por ello, a pesar que constantemente se realizan esfuerzos a nivel nacional por las respectivas instituciones de salud responsables tales como el INEI a través del ENDES, aún no se han realizado investigaciones destinadas a indagar los factores relaciones a la presentación de los casos de maternidad adolescente en la región Piura ni a nivel nacional, siendo ello de gran relevancia para determinar y/o mejorar políticas sanitarias destinadas a resolver esta problemática de salud.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, dividida en 2 etapas: adolescencia temprana desde los 10 a 15 años y adolescencia tardía desde los 16 a 19 años (2). Siendo de este modo el embarazo adolescente definido por la OMS/OPS como la gestación que se presenta entre los 10-19 años de edad en la cual las futuras madres cursan con una etapa de cambio de la niñez a la adultez influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales (1,2).

Actualmente a partir de investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Estados Unidos y África presentan una tasa promedio de 41 y 59 embarazos adolescentes por cada 1000 embarazos. Mientras que en la raza hispana la cifra es incluso mucho mayor, puesto que oscila en 70.1 por cada 1000 embarazos (3).

En nuestro país, no existen muchos estudios destinados a conocer la tasa de embarazo adolescente en las diversas poblaciones del Perú. Según el INEI 2015, se indica una cifra del 14,6% (4, 5, 6,7). Asimismo según los resultados de la encuesta ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) en el 2015, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada, siendo así un evidente problema actual de salud pública en nuestro medio (8).

Es por ello que este estudio pretende conocer los factores asociados a Embarazo Adolescente en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante periodo año 2017.

1.2. Formulación del problema

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA DURANTE AÑO 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores asociados a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Determinar las características sociodemográficas (Edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción) en el grupo de casos y controles atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Determinar las características ginecobstétricas (Edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo previo, enfermedades durante el embarazo, tabaquismo, alcoholismo, enfermedad psiquiátrica por antecedente) en el grupo de casos y controles atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

- Identificar si el estado civil es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si la procedencia es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si el grado de instrucción es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si la edad de inicio de relaciones sexuales es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si el no uso de métodos anticonceptivos es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si el embarazo previo es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si presentar enfermedades durante la gestación es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si el antecedente de tabaquismo es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

- Identificar si el antecedente de alcoholismo es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
- Identificar si el antecedente de enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

1.4. Justificación del estudio del problema

En el Perú habitan 3, 482,172 adolescentes, los cuales representan aproximadamente el 11% de la población total. (10)

El embarazo adolescente representa actualmente un serio problema de salud pública puesto que ocasiona innumerables consecuencias en la salud sexual, reproductiva en la futura madre adolescente (9).

Asimismo los factores asociados al embarazo adolescente son múltiples, mencionándose entre ellos el bajo grado de educación sexual, inicio temprano de relaciones sexuales y el inadecuado uso y conocimiento sobre métodos anticonceptivos (9).

En nuestro país y sobretodo en la región Piura, de cada 10 mujeres sexualmente activas, aproximadamente 2 son mujeres adolescentes (10), además se ha evidenciado un crecimiento de casos de embarazadas adolescentes, ya que la tasa de fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años se ha incrementado en 0,2 punto porcentual (8,10), pese a ello no se han realizado esfuerzos destinados a justificar una evidencia científica clara y objetiva sobre el tema en estudio. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, el 9% de

embarazos han sido en población adolescente en el departamento de Lima mientras que Loreto es la región con mayor porcentaje de embarazos en este grupo de edad (32,8%), seguido de Ucayali (26,2%) y San Martín (25,5%) (10).

Por tanto, esta investigación se justifica por la ampliación del conocimiento científico sobre el embarazo adolescente, lo cual ayudará no sólo a consolidar la base científica sino también a promover decisiones sanitarias sobre la prevención de este tema en las mujeres adolescentes de la región Piura.

1.5. Alcances y Limitaciones del estudio

La presente investigación no contempla otros factores tales como la evaluación de los riesgos de los resultados adversos representados en las complicaciones materno-neonatales que pueden resultar de gran importancia para futuros estudios similares.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2. Marco teórico

2.1. Bases teóricas y definiciones conceptuales

Epidemiología

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, se encontró que del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,9% (10294 adolescentes) ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez (10).

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, mostraron que el porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez, al momento de la encuesta, aumentó en 2,2 puntos porcentuales, entre el periodo 1991-92 y 2015. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer el acceso universal a la salud reproductiva, y además muestra la vulnerabilidad de la población femenina y masculina adolescente (10).

Respecto al conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos según la encuesta ENDES 2015, se señala que el 29,5% de un total de 5983 mujeres ha utilizado alguna vez cualquier método, siendo el más utilizado el condón masculino (19,7%) seguido del método tradicional del retiro (15,5%) y la anticoncepción de emergencia (11,2%) (10).

Asimismo la maternidad adolescente en la región Piura fue de 16,4% (639 gestantes adolescentes), siendo uno de los departamentos con mayores cifras de casos a nivel nacional, la cual encabeza la región de Loreto y Ucayali con 32,8%

y 26,2% respectivamente, así también a nivel de región norte es el tercer departamento con mayores casos después de Tumbes y Lima con 22,2% y 18,4% respectivamente (10). Sin embargo, según la DIRESA informó que para el año 2016 el 9,4 % de las gestantes que fueron atendidas en los establecimientos del sector son adolescentes entre 13 y 17 años de edad. (34)

En el año 2015 la tasa de natalidad en adolescentes hispanos y adolescentes negros no hispanos fue aproximadamente el doble que en adolescentes blancos no hispanos; la tasa de natalidad en los adolescentes nativos americanos / nativos de Alaska fue aproximadamente 1.5 veces mayor que en adolescentes blancos no hispanos. Los adolescentes con síntomas de salud mental o enfermedades mentales graves (p. Ej., Depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos) parecen estar en mayor riesgo de embarazo (11-13).

Aproximadamente el 10% de todas las mujeres de 15 a 19 años, y el 19% de las que tienen relaciones sexuales quedan embarazadas. La mayoría de los embarazos entre adolescentes no son intencionales (14-16). Entre las mujeres de 15 a 19 años con embarazos no planeados que resultaron en nacidos vivos entre 2004 y 2008, el 50 % no usaba ningún método anticonceptivo antes del embarazo (17). Los datos de vigilancia indican que aproximadamente el 17% de los nacimientos entre adolescentes de 15 a 19 años de edad en los Estados Unidos en 2015 fueron nacimientos repetidos. Los factores de riesgo para el embarazo adolescente repetido incluyen depresión, antecedentes de aborto y vivir con una pareja o un mayor apoyo de la pareja. Los factores de protección incluyen niveles más altos de educación y uso de métodos anticonceptivos, particularmente anticonceptivos reversibles de acción prolongada (18,19).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico del embarazo adolescente

Signos y síntomas: la amenorrea es el signo cardinal de un embarazo temprano.

Debe sospecharse el embarazo siempre que una mujer en edad fértil pierda un período menstrual: es decir, señala que ha transcurrido una semana o más sin que comience la menstruación esperada. La sospecha clínica aumenta si también informa actividad sexual sin usar anticonceptivos o con el uso inconsistente de anticonceptivos. Incluso las mujeres que informan un uso constante de la anticoncepción pueden quedar embarazadas debido a problemas del usuario y porque ningún método es 100 por ciento efectivo (20).

La interrupción de la menstruación puede ser un síntoma difícil de evaluar porque algunas mujeres tienen ciclos menstruales irregulares y muchas mujeres tienen una prolongación ocasional de un ciclo. Además, el sangrado / manchado vaginal es relativamente común en el embarazo normal temprano, y a menudo ocurre en o cerca del momento en que se esperaría un período menstrual. En un estudio prospectivo, 14/151 mujeres (9%) experimentaron al menos un día de sangrado vaginal durante las primeras ocho semanas de embarazo. El sangrado tendió a ocurrir alrededor del tiempo en que esperaban que su período ocurriera y era típicamente liviano (requiriendo solo uno o dos compresas o tampones en 24 horas) (21,22).

Los signos y síntomas más comunes del embarazo temprano son: (20)

- Amenorrea
- Náuseas con o sin vómitos
- Agrandamiento y sensibilidad mamaria

- Mayor frecuencia de micción sin disuria
- Fatiga

Los signos y síntomas adicionales incluyen:

- Calambres / molestias uterinas leves sin sangrado
- Hinchazón abdominal
- Estreñimiento
- Acidez estomacal
- Congestión nasal
- Antojos y aversiones en los alimentos
- Cambios de humor
- Mareo
- Angiomas
- Eritema palmar
- Aumento de la pigmentación de la piel (cara, línea alba, areola)

Hallazgos en el examen físico

- El útero está agrandado y es globular, aumentando de tamaño aproximadamente 1 cm por semana después de las cuatro semanas de gestación. La correlación entre el tamaño uterino y la edad gestacional a menudo se describe en términos de fruta (por ejemplo, tamaño de 6 a 8 semanas = pera pequeña, tamaño de 8 a 10 semanas = naranja, tamaño de 10 a 12 semanas = pomelo). El útero sigue siendo un órgano pélvico hasta aproximadamente las 12 semanas de gestación, cuando se vuelve lo suficientemente grande como para palparse en el abdomen justo por encima de la sínfisis del pubis, a menos que la

mujer sea obesa. A las 16 semanas, el fondo uterino se puede palpar a medio camino entre la sínfisis del pubis y el ombligo (20, 23,24).

- El cuello uterino y el útero se ablandan, comenzando a las seis semanas de gestación. Las membranas mucosas de la vulva, la vagina y el cuello uterino se congestionan, comenzando a las 8 a 12 semanas de gestación.
- Los senos se vuelven más llenos y tiernos. La areola se oscurece y las venas debajo de la piel del seno se vuelven más visibles.
- La actividad cardíaca fetal generalmente se puede detectar mediante dispositivos Doppler de mano a las 10 a 12 semanas de gestación, y algunas veces antes si la mujer es delgada y el médico es persistente.

El diagnóstico de embarazo se basa en la presencia de cualquiera de los siguientes (20):

- Detección de gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre u orina
- Identificación del embarazo por examen de ultrasonido
- Identificación de la actividad cardíaca fetal por ultrasonido Doppler

Manejo nutricional de la embarazada adolescente (25-27)

Las adolescentes embarazadas deben tomar una vitamina prenatal que contenga ácido fólico todos los días. La nutrición adecuada durante el embarazo es necesaria para optimizar la salud materna, fetal y del bebé. Las adolescentes embarazadas corren un riesgo particular de deficiencias nutricionales. Los adolescentes tienen mayores necesidades nutricionales relacionadas con cambios puberales normales (p. Ej., Aumento de la estatura y cambios en la composición corporal). Al inicio del estudio, pueden tener una mala calidad de la dieta, con una ingesta insuficiente de micronutrientes (p. Ej., Hierro, ácido fólico, zinc,

calcio) y una ingesta excesiva de grasas totales, grasas saturadas y azúcar. El embarazo agrava estos riesgos.

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño (33).

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos (33).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos recomienda una ganancia diferente, según el estado nutricional de la gestante al comenzar su embarazo (33)

Categoría IMC	Ganancia total recomendada (kg)
Bajo (IMC < 19.8)	12.5-18
Normal (IMC 19.8 a 26.0)	11.5-16.0
Sobrepeso (IMC > 26.1 a 29.0)	7.0-11.5
Obesas (IMC > 29.0)	6.0

Factores asociados a embarazo adolescente (28-30)

Edad

El embarazo precoz es un problema entre los adolescentes, que lleva presente desde hace mucho tiempo en la sociedad, con especial incidencia entre los grupos de poblaciones más pobres y con menor educación y desarrollo. Generalmente estos

embarazos son no deseados pues las aún púberes fueron inducidas a mantener relaciones sexuales o en otros casos se observa que ellas tan sólo querían saber qué se sentía al mantener relaciones sexuales. Una gestante adolescente, no tiene un cuerpo completamente preparado para poder tener un parto normal. El desarrollo del embarazo se convierte en problemático pues la madre aún presenta inmadurez ósea y muscular lo cual dificulta mucho el parto. Asimismo, los hijos nacidos de madres demasiado jóvenes son propensos a tener distintas dificultades tales como un parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, anemia, entre otros asociados al embarazo precoz. Los embarazos a tan temprana edad también acarrear posibles problemas psicológicos por la frustración y depresión, que sufren ante la limitación de no poder proseguir con una vida normal acorde a su edad y sus amigas. También suele producirles a estas chicas un gran sentimiento de culpa al quedar embarazadas con lo que también suelen sufrir una gran pérdida de autoestima, acentuándose los riesgos tanto para ellas como para su bebé (28).

Grado de instrucción

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales ³⁶ y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación. Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario. Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde

temprana edad. Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres. Un alto porcentaje de los adolescentes que transitan del ciclo básico al medio desertan de este antes de completarlo, sin haber alcanzado el capital educacional mínimo y las destrezas requeridos para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa, incumplándose así los derechos a la educación consagrados en las declaraciones internacionales pertinentes. La información disponible indica que actualmente cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria. En varios países la mayor parte de la deserción se produce una vez completado ese ciclo y con frecuencia, durante el transcurso del primer año de la enseñanza media. El abandono escolar presenta diferencias pronunciadas entre los países, y en todos ellos es mucho más corriente en las zonas rurales (29).

Estado civil

Uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil. Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer a menudo únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes: La función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida en el que prima su desarrollo personal antes que una unión sentimental. Por tanto, por más que la

mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio (28).

Ocupación actual.

La actividad laboral en las madres adolescentes, se ve afectado por el bajo nivel de formación y la escasa o nula experiencia laboral, hace que no sea fácil encontrar un trabajo, en caso de encontrarlo es mal remunerado y no llega a satisfacer sus necesidades económicas. Las madres adolescentes, si no cuentan con el apoyo familiar, terminan en deserción escolar, lo que genera una vida productiva laboral por debajo de los niveles mínimos de ingreso. A nivel nacional se muestra que el hecho de haber alcanzado solo el nivel primario o solo el nivel secundario incrementa los riesgos de embarazo precoz, respecto de aquellas que alcanzaron mayor nivel de educación. Dichos impactos son más difíciles de demostrar descomponiendo la población según sector urbano o rural (28).

Factores económicos

Entre tanto, las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serian “la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres”, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo”. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción

escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueben su conducta. También hay que agregar, el intercambio de sexo por dinero, por regalos, por paseos, entre adolescentes y hombres adultos (29).

Inicio temprano de relaciones sexuales

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos (30).

Consumo de bebidas alcohólicas

El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en

comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad. El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son alcohol, anfetaminas, (incluyendo éxtasis). Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como el alcohol y la anfetamina. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia (28).

2.2. Antecedentes de la investigación

Bostanci et al en el año 2017 realizó en Turquía un estudio con el objetivo de comparar los resultados del embarazo a principios-mediados-finales de gestantes adolescentes y adultas. El estudio fue de tipo observacional longitudinal retrospectivo en mujeres adolescentes tempranas (n = 145), adolescentes tardías (n = 1655) y adultas (n = 1585) que dieron a luz de 2014 a 2017. Los resultados fueron que las comparaciones entre los grupos estudiados para diversas complicaciones del embarazo mostraron tasas más altas de partos prematuros, rotura prematura de membranas prematuras y admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales en el grupo adolescente temprano-medio, mientras que las tasas más altas de cesáreas se observaron en el grupo de adultos ($p < 0.001$). Se concluyó que el análisis de los datos reveló que el embarazo adolescente, especialmente los embarazos precoces y

mediados de adolescentes, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo (28).

Restrepo et al publicó en el año 2017 el estudio similar cuyo propósito fue examinar los factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y clínicos asociados con el embarazo adolescente. Se realizó un estudio de prevalencia analítica utilizando datos secundarios del Primer Estudio Demográfico de Salud Mental en Medellín, Colombia. Se incluyeron mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad en el estudio. La población se evaluó mediante la Entrevista Internacional de Diagnóstico Compuesto, una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que establece diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-IV y ICD-10. Los resultados fueron que a partir de una muestra de 499 adolescentes mujeres, en la que se identificaron 135 embarazos de adolescentes, representó una prevalencia del 21,5%. La gran mayoría (84.4%) tenían entre 16 y 19 años. La mediana de edad fue de 17 años, con un rango intercuartílico de 2 años. Casi dos tercios (61.2%) de las adolescentes habían iniciado actividad sexual a la edad de 15 años o más. Casi un tercio (31.9%) reportó haber sido abusado físicamente durante la niñez, y 6.7% abusó sexualmente. De los que estaban embarazadas, 66.7% reportaron abuso sexual previo. Un análisis bivariante mostró que el abuso sexual (OR = 7.68), la negligencia infantil (OR = 4.33) y tener una pareja (OR = 6.31) fueron factores asociados con un embarazo adolescente. Se concluyó que la negligencia y el abuso sexual en la infancia y la adolescencia pueden prevenirse, y los embarazos en la adolescencia pueden reducirse. Este hallazgo tiene implicaciones importantes para el manejo clínico y el pronóstico, y requiere políticas preventivas públicas (29).

Blanco-Gómez et al (2010) realizó en Colombia su reporte llamado “Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2006. Estudio de corte transversal”. La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia de partos y los factores asociados en madres adolescentes que ingresaron a dicho hospital durante el periodo mencionado. Se aplicó una encuesta, donde se incluyeron variables sociodemográficas, familiares, psicológicas y se completó la información con la historia clínica. Resultó que la prevalencia de partos fue de 31,14% (IC95% 25,8-37,0) en pacientes menores de 20 años. Los factores protectores fueron: tener preocupación por el futuro (OR = 0,5), inicio tardío de relaciones sexuales (OR = 0,51) y no recibir educación sexual por parte de los padres (OR = 0,3). Los factores de riesgo fueron: no planear el embarazo (OR = 2,35) y no planificar (OR = 2,35). Se concluyó que la prevalencia encontrada es muy superior a la hallada en otros estudios locales, nacionales e internacionales (1).

Ramírez Aranda et al en el 2013 realizó en México un estudio con el objetivo de determinar la magnitud y la interrelación de los factores de riesgo y de protección, para embarazo en adolescentes mexicanas. Se estudiaron 494 primigestas de dos hospitales de los Servicios de Salud de Nuevo León y, 494 adolescentes no embarazadas de la misma comunidad. Se aplicó una encuesta y se estimó la razón de momios (RM) con IC 95%. Se realizó regresión logística, con embarazo o no como variable dependiente. Se obtuvo que la mayoría de las mujeres no embarazadas son estudiantes (76.7% vs. 4.9%; $p<0.0001$), tienen proyecto de vida, pertenecen a una religión, participan en actividades extraescolares y poseen mayor información sexual; además, provienen de familias nucleares con reglas familiares establecidas (RM=0.53; IC 95% 0.42-0.83). La conclusión fue que los

factores independientes que representan protección son: el empleo, estar estudiando, tener una familia nuclear y funcional, pertenecer a una religión y el haber recibido información sobre sexualidad (3).

Padrón et al en el año 2015 realizó en México una investigación cuyo objetivo fue conocer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de un municipio de características sui generis. A partir de un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en el que fueron analizadas 218 adolescentes embarazadas se obtuvo que de 218 adolescentes embarazadas, la edad promedio fue de 14.9 años. La orientación sexual fue impartida en la mayoría (39.0%) de los casos por la madre. El estado civil predominante fue la unión libre (44.0%). Se registró alcoholismo en el hogar en más de la mitad de los casos (62.3%). El 18% de las jóvenes señalaron haber sufrido abuso sexual, y 13.3% violación. La menarquía se presentó en la gran mayoría (91.3%) entre los 11 y 14 años (límites: nueve y 16 años. El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años. El 8.7% indicó haber tenido al menos un aborto previo. El 47.2% señalaron no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sólo el 8.8% manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos. El embarazo fue deseado en 50.4% de los casos. Finalmente se concluyó que se encontró un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años de edad para el embarazo. Se recomienda asumir que la conducta de las adolescentes ha cambiado en cuanto a las relaciones sexuales y búsqueda de pareja tempranas (5).

Huanco A et al en el 2012 realizó su investigación cuyo objetivo fue conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. A partir de un estudio de casos y controles se comparó el riesgo materno-perinatal entre

adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). La conclusión fue que las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas (6).

Machado Caballero (2010) realizó en Trujillo la investigación llamada “Actitud de la gestante adolescente frente a su embarazo atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo agosto - octubre 2009” cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y porcentaje de aceptación y rechazo del hijo en gestantes adolescentes. Se desarrolló un estudio prospectivo, descriptivo, transversal con puerperas inmediatas adolescentes (159) atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante los periodos agosto-octubre del 2009. De las 159 pacientes encuestadas, se encontró a 120 (75,47%) adolescentes tardías, 38 (23,89%) adolescentes medias y, 1 (0,62%)

adolescente temprana. De las 159 pacientes encuestadas se encontró que 110 (69,18%) desearon al hijo, 33 (20,75%) no desearon al hijo y, 16 (10,07%) fue un deseo pero dudoso. De las 120 adolescentes tardías se encontró que 82 (68,33%) desearon al hijo, 25 (20,83%) no desearon al hijo y, 13 (10,84%) fue un deseo dudoso. De las 38 adolescentes medias se encontró que 28 (73,68%) desearon al hijo, 7 (18,42%) no desearon al hijo y, 3 (7,9%) fue un deseo dudoso. De la única adolescente temprana encontrada su actitud fue del no deseo del hijo. Se concluyó que la frecuencia y porcentaje de aceptación del hijo en gestantes adolescentes fue de 110 (69,18%) y de rechazo fue de 33 (20,75%) (7).

CAPÍTULO III

3. Formulación de hipótesis

H0: No existen factores asociados al embarazo adolescente en el Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante año 2017

H1: Existen factores asociados al embarazo adolescente en el Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante año 2017

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4. Metodología

4.1. Tipo, Nivel y Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio tipo analítico, observacional, transversal y retrospectivo de tipo caso-control.

El diseño de la investigación es de tipo no experimental: analítico, observacional, transversal, retrospectivo de tipo caso-control

4.2. Población y muestra

La población está constituida por aquellas mujeres embarazadas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a los 2 grupos de estudio:

<p>DE UN TOTAL DE 3551 GESTANTES, 320 FUERON GESTANTES ADOLESCENTES</p>
--

Casos:

- **Criterios de Inclusión**

Mujeres embarazadas cuyas edades sean entre 10-19 años atendidas en el II-2 Santa Rosa Piura durante el 2017.

- **Criterios de Exclusión**

Adolescentes gestantes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas respecto a las variables de interés del estudio.

Adolescentes gestantes cuya edad sea mayor de 19 años

Controles:

- **Criterios de Inclusión**

Mujeres embarazadas con edad mayor de 19 años.

- **Criterios de Exclusión**

Mujeres embarazadas cuyas historias clínicas se encuentren incompletas respecto a las variables de interés del estudio.

El muestreo es de tipo probabilístico. Se tomaron datos de las historias clínicas disponibles, y se usó 1 control por cada caso.

Figura 1. Cálculo de tamaño de muestra 1.1

Nivel de confianza de dos lados	95	(1-alpha) generalmente 95%
Potencia (% de probabilidad de detección)	80	Generalmente 80%
Razón de controles por caso	1.0	Para muestras iguales, utilice 1.0
Porcentaje de controles expuestos	16.4	Entre 0.0 y 99.99
Por favor, rellene uno de los siguientes. El otro se calculará.		
Odds Ratio	2	
Porcentaje de casos con exposición	28.18	Entre 0.0 y 99.99

Fuente: Epidat v4.1

Figura 02. Cálculo del tamaño de muestra 1.2

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	1
Proporción hipotética de controles con exposición	16.4
Proporción hipotética de casos con exposición:	28.18
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.00
Tamaño de la muestra - Casos	196
Tamaño de la muestra - Controles	196
Tamaño total de la muestra	392

Fuente: Epidat v4.1

4.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MED.
Variable dependiente					
Embarazo adolescente	Adolescente embarazada cuya edad se encuentra entre los 10-19 años	Adolescente embarazada cuya edad se encuentra entre los 10-19 años, la cual ha sido atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el año 2017	Si No	Cualitativa	Nominal
Variables independientes					
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en año	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en año en adolescentes/ no adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el año 2017	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición de una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017 según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Zona donde vive una persona	Zona donde vive una mujer embarazada adolescente/no adolescente atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el año 2017	Rural Urbana Urbana marginal	Cualitativa	Nominal

Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizado por un individuo	Grado más elevado de estudios realizado por una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria	Cualitativa	Nominal
Inicio de relaciones sexuales	Inicio de contacto físico entre personas fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual	Inicio de contacto físico entre personas fundamentalmente con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Edad en años	Cuantitativa	De razón
Uso de métodos anticonceptivos	Acción de usar algún método anticonceptivo	Acción de usar algún método anticonceptivo en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Si No	Cualitativa	Nominal
Embarazo previo	Antecedente de presentar una gestación previa en una mujer	Antecedente de presentar una gestación previa en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Si No	Cualitativa	Nominal
Enfermedades durante el embarazo	Conjunto de patologías ginecobstétricas presentadas en la etapa del embarazo en una gestante	Conjunto de patologías ginecobstétricas presentadas en la etapa del embarazo en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	ITU THE Anemia Transtorno nutricional Otras	Cualitativa	Nominal
Alcoholismo	Enfermedad ocasionada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en un individuo	Enfermedad ocasionada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del	Si No	Cualitativa	Nominal

Tabaquismo	Adicción crónica al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina en una persona	Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017 Adicción crónica al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Si No	Cualitativa	Nominal
Enfermedad psiquiátrica	Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento en una persona	Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento en una gestante atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura en el 2017	Si No	Cualitativa	Nominal

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. Se obtuvo la base de datos de los casos de las gestantes correspondientes a ambos grupos de estudio atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa durante el año 2017 utilizando el libro de registro de ingreso del servicio de Ginecobstetricia, previo a la aprobación del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la UNP y al permiso otorgado por dicho nosocomio para proceder a la ejecución del mismo.
2. De esta forma se accedió a los registros correspondientes a las variables sociodemográficas y ginecobstétricas que sirvieron para identificar los factores asociados a embarazo adolescente.
3. Se registraron los datos de las variables a través del uso de una ficha de recolección de datos diseñada para indagar en el propósito de este estudio, la cual estuvo constituida por 3 secciones: 1) datos generales, 2) datos socio-demográficos, 3) datos ginecobstétricos.
4. Se procedió a digitar los datos recolectados en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2016, utilizando códigos para cada variable.

4.5. Procedimientos de análisis e interpretación de datos

Se utilizó el programa estadístico Stata v. 14.1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se evaluaron los supuestos de normalidad, usando la prueba de Shapiro Wilk, según eso se seleccionaron la mejor medida de tendencia central y dispersión.

Para las variables categóricas se describieron frecuencias y porcentajes.

Los factores sociodemográficos y ginecobstétricos asociados a embarazo adolescente se obtuvieron a través del cálculo de valores p , aquellos que resultaron menores de 0,05 (valor $p < 0,05$) fueron considerados como estadísticamente significativo, siendo necesario realizar análisis bivariado y multivariado utilizando modelos lineales generalizados (GLM), función de enlace log y familia Poisson.

4.6. Aspectos éticos

El presente protocolo de investigación fue revisado y posteriormente aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura (UNP).

Se respetó en todo momento la privacidad de las mujeres gestantes seleccionadas para ambos grupos de estudio (caso-control), utilizando para ello códigos en cada ficha de recolección de datos

CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Descripción de resultados

Según la Tabla 01, se encontró que la prevalencia de embarazo adolescente fue de 9.01% (320) de acuerdo a una población total de 3551 gestantes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante el 2017.

Tabla 01. Prevalencia de Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

PREVALENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE	N (%)
POBLACIÓN TOTAL	3551 (100)
CASOS EMBARAZO ADOLESCENTE	320 (9.01)

Fuente: Hospital II-2 Santa Rosa, Piura-2017

Respecto a las características sociodemográficas en el grupo caso, se encontró que la mediana de edad fue de 14 años (mediana y rango intercuartílico: 12-19 años), el 95,9% fue adolescente tardía (edad entre 16-19 años), el 67,9% fue conviviente, el 50,5% procedía de zona urbano marginal y el 50% presentaba nivel de instrucción de primaria. En el grupo control, se encontró que la mediana de edad fue de 29 años (mediana y rango intercuartílico: 20-48 años), el 64,3% fue conviviente, el 43,4% procedía de zona rural y el 89% presentaba nivel de instrucción de secundaria. Los demás resultados descriptivos del grupo control se observan en la Tabla 02.

Tabla 02. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes/no adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017

VARIABLES	EMBARAZO ADOLESCENTE N (%)	
	Si (N=196)	No(N=196)
Edad	14(12-19)*	29(20-48)*
Etapas de adolescencia		
Adolescente temprana (10-15 años)	8(4,1)	----
Adolescente tardía (16 a 19 años)	188(95,9)	----
Estado civil		
Soltera	49(25)	21(10,7)
Casada	14(7,1)	47(24)
Conviviente	133(67,9)	128(64,3)
Divorciada	0	2(1)
Procedencia		
Rural	76(38,8)	85(43,4)
Urbana	21(10,7)	27(13,8)
Urbana marginal	99(50,5)	84(42,8)
Grado de instrucción		
Analfabeta	7(3,6)	4(2)
Primaria	98(50)	68(34,7)
Secundaria	74(37,7)	89(45,49)
Superior técnica	11(5,6)	22(11,2)
Superior universitaria	6(3,1)	13(6,6)

*Mediana y rango intercuartílico

Fuente: Hospital II-2 Santa Rosa, Piura-2017

En la tabla 03, de las características ginecobstétricas, en el grupo caso se encontró que la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales fue 14 años (mediana y rango intercuartílico: 11–18 años), el 83,7% no usa métodos anticonceptivos, el 11,2% ha presentado un embarazo previo, el 36,7% presentó anemia, el 24,5% tuvo algún trastorno nutricional. Mientras que sólo el 2,6%, 3,1% y 5,6% presentaba antecedente de alcoholismo, tabaquismo y enfermedad psiquiátrica, respectivamente. En el grupo control se encontró que la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales fue 15 años (mediana y rango intercuartílico: 11–21 años), el 74% no usa métodos anticonceptivos, el 39,8% ha presentado un embarazo previo, el 34,7% presentó anemia, el 17,9% tuvo algún trastorno nutricional. Mientras que sólo el 1,5%, 5,6% y 4,6% presentaba antecedente de alcoholismo, tabaquismo y enfermedad psiquiátrica, respectivamente. Los demás resultados descriptivos del grupo control se observan en la Tabla 03.

Tabla 03. Características ginecobstétricas de gestantes adolescentes /no adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017

VARIABLES	EMBARAZO ADOLESCENTE (%)	
	Si	No
Inicio de relaciones sexuales	14(11-18)*	15(11-21)*
Uso de métodos anticonceptivos		
Si	32(16,3)	51(26)
No	164(83,7)	145(74)
Embarazo previo		
Si	22(11,2)	78(39,8)
No	174(88,8)	118(60,2)

Enfermedades durante el embarazo		
ITU	28(14,3)	42(21,4)
THE	14(7,1)	36(18,4)
Anemia	72(36,7)	68(34,7)
Trastorno nutricional	48(24,5)	35(17,9)
Alcoholismo		
Si	5(2,6)	3(1,5)
No	191(97,4%)	193(98,5%)
Tabaquismo		
Si	6(3,1)	11(5,6)
No	190(96,9)	185(94,4)
Antecedente de enfermedad psiquiátrica		
Si	11(5,6)	9(4,6)
No	185(95,4)	187(95,4)

*Mediana y rango intercuartílico

Fuente: Hospital II-2 Santa Rosa, Piura-2017

Los factores asociados a embarazo adolescente en el servicio de servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017 fueron estado civil conviviente (OR:3,25, IC95% 2,45-3,68, valor $p=0,015$), proceder de zona rural (OR:3,21, IC95% 1,57-3,91, valor $p=0,013$), zona urbano marginal (OR:2,67, IC95% 1,12-3,52, valor $p=0,011$), tener nivel de instrucción de primaria (OR:3,42, IC95%:3,01-3,78, valor $p=0,024$), no usar métodos anticonceptivos (OR:2,14, IC95%:1,24-2,94, valor $p=0,045$) y tener el antecedente de embarazo previo (OR:2,64 IC95%: 1,91-3,13 valor $p=0,015$). Tabla 04.

Tabla 04. Factores asociados a embarazo adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante 2017

VARIABLES	EMBARAZO ADOLESCENTE N (%)		OR (IC95%)	Valor <i>p</i>
	Si	No		
Edad				
	14(12-19)	29(20-48)	1,43(0,88-1,76)	0, 031
Estado civil				
Soltera	49(25)	21(10,7)	1,83(0,43-1,99)	0, 113
Casada	14(7,1)	47(24)	1,79(0,32-1,87)	0, 744
Conviviente	133(67,9)	128(64,3)	3,25(2,45-3,68)	0, 015
Divorciada	0	2(1)	NE	NE
Procedencia				
Rural	76(38,8)	85(43,4)	3,21(1,57-3,91)	0, 013
Urbana	21(10,7)	27(13,8)	1,42(1,11-1,72)	0, 125
Urbana marginal	99(50,5)	84(42,8)	2,67(1,12-3,52)	0, 011
Grado de instrucción				
Analfabeta	7(3,6)	4(2)	2,43(1,83-2,86)	0, 252
Primaria	98(50)	68(34,7)	3,42(3,01-3,78)	0, 024
Secundaria	74(37,7)	89(45,49)	1,46(1,05-1,91)	0, 174
Superior técnica	11(5,6)	22(11,2)	1,14(1,01-1,65)	0, 191
Superior universitaria	6(3,1)	13(6,6)	0,97(0,29-1,35)	0, 135
Inicio de relaciones sexuales	14(11-18)	15(11-21)	1,25(1,12-1,77)	0, 064
Uso de métodos anticonceptivos				
Si	32(16,3)	51(26)	1,42(1,04-1,92)	0, 118

No	164(83,7)	145(74)	2,14(1,24-2,94)	0, 045
Embarazo previo				
Si	22(11,2)	78(39,8)	2,64(1,91-3,13)	0, 015
No	174(88,8)	118(60,2)	1,56(1,13-1,74)	0, 173
Enfermedades durante el embarazado				
ITU	28(14,3)	42(21,4)	1,14(0,65-1,87)	0, 421
THE	14(7,1)	36(18,4)	1,31(1,12-1,74)	0, 214
Anemia	72(36,7)	68(34,7)	1,74(1,36-2,08)	0, 273
Trastorno nutricional	48(24,5)	35(17,9)	1,36(1,01-1,94)	0, 157
Alcoholismo				
Si	5(2,6)	3(1,5)	1,46(0,64-1,86)	0, 133
No	191(97,4 %)	193(98,5 %)	1,32(1,24-1,62)	0, 195
Tabaquismo				
Si	6(3,1)	11(5,6)	1,31(1,01-1,83)	0, 152
No	190(96,9)	185(94,4 %)	1,55(1,21-1,99)	0, 192
Antecedente de enfermedad psiquiátrica				
Si	11(5,6)	9(4,6)	1,44(1,21-1,91)	0, 074
No	185(95,4)	187(95,4 %)	1,25(0,79-1,23)	0, 136

OR (Odds Ratio), IC95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p obtenidos con modelos lineales generalizados

Fuente: Hospital II-2 Santa Rosa, Piura-2017

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación indican que la prevalencia de embarazo adolescente fue de 9,01% en las gestantes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura durante el 2017. Esto coincide con lo mencionado por la DIRESA PIURA para el año 2016 donde afirma que el 9,4 % de las gestantes que fueron atendidas en los establecimientos del sector fueron adolescentes (34). Sin embargo se halla por debajo a lo encontrado en cifras a nivel nacional según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2015, donde fue de 13,9%, mientras que en la región Piura se encontró una prevalencia de 16,4% de embarazo adolescente (10). Esto demuestra que a pesar que la cifras de prevalencia en Piura aún es alta, está muy por debajo de lo hallado en otras regiones como Loreto y Ucayali (32,8% y 26,2%), esto se puede deber a la diferencia de realidades en el aspecto de la salud reproductiva en ambas poblaciones comparadas. Así mismo, en comparación a lo reportado por Restrepo et al. afirma que la prevalencia de embarazo adolescente fue de 21,5% en 499 gestantes entrevistadas en la ciudad de Medellín, Colombia (32), incluso Blanco-Gomez et al en un estudio realizado en Bucaramanga, Colombia encontró una prevalencia de 31,1% en pacientes adolescentes (1). Es así que las aún altas tasas de embarazo adolescente registradas a nivel nacional en Perú así como en diversas regiones de la costa y la selva, deberían generar decisiones sanitarias de mayor relevancia para esta población adolescente, de la forma que se aborde con mayor énfasis este tema, pues diversos estudios han demostrado que el embarazo adolescente se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos (31,6).

Las características sociodemográficas en el grupo caso, se encontró que la mediana de edad fue de 14 años (mediana y rango intercuartílico: 12-19 años) que coincide con lo hallado por Padrón et al en un estudio realizado en México en el que la edad promedio fue de 14.9 años, sin embargo para Restrepo et al la gran mayoría (84.4%) tenían entre 16 y 19 años y la mediana de edad fue de 17 años siendo estos datos muy por encima del promedio hallado (32), el 95,9% fue adolescente tardía (edad entre 16-19 años) resultados que están en acuerdo con lo encontrado por Bostanci et en un estudio realizado en Turquía donde se encontró 1655 adolescentes tardías frente a 145 adolescentes tempranas (28), así mismo Machado Caballero en un estudio realizado en Trujillo encontró a 120 (75,47%) adolescentes tardías, 38 (23,89%) adolescentes medias

y, 1 (0,62%) adolescente temprana (7), el 67,9% fue conviviente lo que podría coincidir con lo hallado por Padrón et al en México donde el estado civil predominante fue la unión libre (44.0%), el 50% tenían solamente grado de instrucción primaria esto está muy por encima de la información disponible que indica que actualmente cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria. El abandono escolar presenta diferencias pronunciadas entre los países, y en todos ellos es mucho más corriente en las zonas rurales (5).

De las características ginecobstétricas, en el grupo caso se encontró que la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales fue 14 años (mediana y rango intercuartílico: 11–18 años) que está cerca a lo hallado por Restrepo et al en su investigación en Medellín, Colombia en la que casi dos tercios (61.2%) de las adolescentes habían iniciado actividad sexual a la edad de 15 años o más (32), Padrón et al en México reportó que el inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años (5) estando dentro del rango lo hallado en este estudio, el 83,7% no usa métodos anticonceptivos que hace contraste con lo hallado por Padrón et al en México donde sólo el 8.8% manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos. Sólo el 2,6% presentaba antecedente de alcoholismo lo cual es una cifra muy por debajo de lo que registró Padrón et al en México con la presencia de 62.3% alcoholismo en el hogar.

El estado civil conviviente demostró ser un factor asociados con el embarazo adolescente, esto es similar a lo reportado por Restrepo et al, donde concluye que tener una pareja fue una característica sociodemográfica asociada con embarazo en adolescentes (32). Así mismo, concuerda con lo descrito por Huanco et al en un estudio multisede desarrollado en 23 hospitales públicos de Perú, ya que la situación conyugal inestable fue una condición sociodemográfica desfavorable en las adolescente en contraste con las gestantes en edad adulta (6).

Proceder de zona rural y urbano marginal resultó ser un factor asociado a embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura. Esto concuerda con lo hallado en el estudio multisede de 23 hospitales peruanos, donde aquellas mujeres gestantes procedentes de la región selva tenían mayor riesgo de presentar embarazo adolescente (6), puesto que la zona de procedencia de estas gestantes corresponde a un nivel demográfico similar a las pacientes adolescentes piuranas.

Tener nivel de instrucción primaria se asoció a presentar embarazo en la edad adolescente. Lo cual se corrobora con lo descrito por Huanco et al en una investigación multisede realizada en Perú, ya que presentar menor escolaridad representaba una relación estadísticamente significativa para embarazo adolescente (6). Esto se debe a que los sistemas educativos en gran parte de países latinos, especialmente en vías de desarrollo como Perú, presentan insuficiente cobertura de educación preescolar, lo cual sumado a la escasez de recursos económicos en los embarazos en adolescentes en aún mayor., ocasionando fenómenos que anteceden a la deserción escolar. (29) Siendo así un problema mayor para las adolescentes ya que se ha demostrado que cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria (29).

No usar métodos anticonceptivos fue un factor asociado a embarazo adolescente, apenas el 16.3% de las gestantes adolescentes afirmaron usar métodos anticonceptivos durante su actividad sexual, lo cual es similar a lo hallado en la encuesta ENDES 2015, donde se señala que el 29,5% de un total de 5983 mujeres ha utilizado alguna vez cualquier método, siendo el más utilizado el condón masculino (19,7%) seguido del método tradicional del retiro (15,5%) y la anticoncepción de emergencia (11,2%) (10). Esto puede estar relacionado con el inicio temprano de relaciones sexuales, ya que la edad promedio fue de 14 años en el grupo de estudio caso de esta investigación, sin embargo esto no generó una asociación estadística debido a que la edad de inicio de relaciones sexuales en el grupo control fue de 15 años; similar a lo registrado en Colombia, donde el 61,2% de las adolescentes habían iniciado su actividad sexual a la edad de 15 años (32). De igual forma, un factor influyente para no usar métodos anticonceptivos se puede deber a la escasa educación sexual recibida por sus padres, ya que se ha demostrado que aquellas adolescentes que han recibido información sobre sexualidad, genera un factor de protección para el embarazo adolescente (3).

El embarazo previo fue un factor de riesgo asociado a Embarazo Adolescente, siendo corroborado en la encuesta ENDES 2015, donde se afirma que el 13,9% de las adolescentes entre los 15-19 años ya ha estado embarazada en alguna vez, mientras que el INEI plantea una cifra del 14% a nivel nacional según los últimos reportes estadísticos realizados (4-8).

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Embarazo Adolescente fue de 9,01% en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
2. Dentro de las características sociodemográficas en el grupo caso, la etapa de la adolescencia tardía es donde se halla el mayor porcentaje de madres adolescentes, la mayoría de estas convivían con su pareja, más de la mitad procedía de zona urbano marginal y la mitad de las gestantes adolescentes tenían instrucción de primaria.
3. Dentro de las características ginecobstétricas tanto en el grupo caso como control tienen una mediana de edad de inicio de relaciones sexuales similar 14 y 15 años respectivamente, que en su gran mayoría el no usa métodos anticonceptivos. Mientras que son minoría los que representan a las gestantes que presentaba antecedente de alcoholismo, tabaquismo y enfermedad psiquiátrica, respectivamente.
4. El estado civil conviviente es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
5. La procedencia rural y urbano marginal es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
6. El grado de instrucción primaria es un factor de riesgo sociodemográfico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

7. La edad de inicio de relaciones sexuales no es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
8. El no uso de métodos anticonceptivos es un factor de riesgo asociado ginecobstétrico a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
9. El embarazo previo es un factor de riesgo asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
10. La presencia de enfermedades durante la gestación no es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
11. El antecedente de tabaquismo no es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
12. El antecedente de alcoholismo no es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.
13. El antecedente de enfermedad psiquiátrica no es un factor de riesgo ginecobstétrico asociado a Embarazo Adolescente en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa Piura durante el año 2017.

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

1. Continuar ejecutando e implementar políticas sanitarias de prevención de embarazo adolescente, haciendo especial énfasis en los factores de riesgo sociodemográficos y ginecobstétricos que resultaron asociados en la presente investigación.
2. Realizar estudios multisede en la región Piura tipo prospectivos que generen resultados sólidos que sean de beneficio para las adolescentes gestantes.
3. Evaluar con mayor certeza los factores de riesgo estudiados en esta investigación, explorando con mayor detalle las características de las gestantes adolescentes a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco-Gómez A, Latorre-Latorre F, Osma-Zambrano S, Monturiol-Durán XJ, Medina-Pabón MÁ, Quintero-Díaz LM, et al. A cross-sectional study of childbirth prevalence in adolescents and associated factors in the Santander Teaching Hospital, Bucaramanga, Colombia, 2006. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010 ;61(2):113–20.
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS;1995.
3. Ramírez-Aranda JM, Gómez-Gómez C, Villarreal-Pérez JZ, García-Elizondo FJ, Rodríguez-Rodríguez I, Rosas-Herrera CH, et al. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*. 2013 Apr 1;15(59):64–72.
4. INEI: Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6 % [Internet]. www.rpp.com.pe. [cited 2015 Sep 8]. Available from: http://www.rpp.com.pe/2015-07-09-inei-embarazo-adolescente-en-peru-suba-al-14-6-noticia_815582.html
5. Padrón-Arredondo G. Embarazo en adolescentes estudio sociodemográfico de 218 pacientes. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2005; 68(1):13-19
6. Huanco A D, Ticona R M, Ticona V M, Huanco A F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012 Jan;77(2):122–8.
7. Machado Caballero C. Actitud de la gestante adolescente frente a su ambarazo atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo agosto - octubre 2009. 2010 [cited 2018 Jan 8]; Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/123456789/160>
8. UNICEF Perú - Situación del país - Adolescencia (12 a 17 años) [Internet]. [cited 2018 Jan 8]. Available from: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.htm
9. Prentice AA, Fiorella S. Factores asociados a embarazo adolescente recurrente en el servicio de Ginecobstetricia del hospital belén de Trujillo. REPOSITORIO DIGITAL UPAO [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1546>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2015. 2016. [cited 2018 Jan 15]; Available from:http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Libro_ENDES2015.pdf
11. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, y col. Nacimientos: datos finales para 2015. *Natl Vital Stat Rep* 2017; 66: 1.

12. Lindberg L, Santelli J, Desai S. Comprender el declive en la fertilidad adolescente en los Estados Unidos, 2007-2012. *J Adolesc Health* 2016; 59: 577.
13. Vigod SN, Dennis CL, Kurdyak PA, y col. Tendencias de la tasa de fertilidad entre las adolescentes con enfermedades mentales graves: un estudio basado en la población. *Pediatría* 2014; 133: e585.
14. Finer LB, Zolna MR. Embarazo no deseado en los Estados Unidos: incidencia y disparidades, 2006. *Anticoncepción* 2011; 84: 478.
15. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlaciona el embarazo antes de los 15 años en comparación con el embarazo entre las edades de 15 y 19 años en los Estados Unidos. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 578.
16. Finer LB, Zolna MR. Disminución del embarazo no deseado en los Estados Unidos, 2008-2011. *N Engl J Med* 2016; 374: 843.
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Uso de anticonceptivos antes del embarazo entre los adolescentes con embarazos no deseados que resultan en nacimientos vivos - Sistema de Monitoreo de la Evaluación del Riesgo de Embarazo (PRAMS), 2004-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61:25.
18. Dee DL, Pazol K, Cox S, y col. Tendencias en nacimientos repetidos y uso de anticoncepción posparto entre adolescentes - Estados Unidos, 2004-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66: 422.
19. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factores que influyen en el embarazo adolescente repetido: una revisión y metanálisis. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 527.
20. Lori A Bastian. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy. UpToDate..2017
21. Ananth CV, Savitz DA. Sangrado vaginal y resultados reproductivos adversos: un metanálisis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1994; 8:62.
22. Harville EW, Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Sangrado vaginal en el embarazo temprano. *Hum Reprod* 2003; 18: 1944.
23. Sayle AE, Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Un estudio prospectivo de la aparición de los síntomas del embarazo. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 676.
24. Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, Webster J. Desarrollo y validación de un inventario de síntomas del embarazo. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 3.
25. Mariam R Chacko. Pregnancy in adolescents. UpToDate. 2017.
26. Lenders CM, McElrath TF, Scholl TO. Nutrition in adolescent pregnancy. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:291.
27. Kingston D, Heaman M, Fell D, et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics* 2012; 129:e1228.

28. Mamani H, Lisbeth R, Coaquira R, Hermelinda A. Factores asociados a Embarazos en Adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2016. Repositorio Institucional - UANCV [Internet]. 11 de abril de 2016 [citado 18 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/UANCV/700>
29. Osorio Alania R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2014 [citado 18 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3570>
30. Marcelo R, Elizabeth A, Espinoza S, Margot C. Factores que influyen en el embarazo en adolescente en el Centro de Salud Pedro Sacher Meza Chupaca de Enero a Marzo 2016. Universidad Peruana del Centro [Internet]. 2016 [citado 18 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/UPECEN/68>
31. Bostancı Ergen E, Abide Yayla C, Sanverdi I, Ozkaya E, Kilicci C, Kabaca Kocakusak C. Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. *Ginekol Pol.* 2017;88(12):674-8.
32. Restrepo Martínez M, Trujillo Numa L, Restrepo Bernal D, Torres de Galvis Y, Sierra G. [Sexual Abuse and Neglect Situations as Risk Factors for Adolescent Pregnancy]. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46(2):74-81.
33. Mariana Minjarez-Corral,* Imelda Rincón-Gómez, Yulia Angélica Morales-Chomina, María de Jesús Espinosa-Velasco, Arturo Zárate, Marcelino Hernández-Valencia. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28 (3): 159-1
34. Lic. Enfer. Vilma Sullca Camargo. Evaluación de indicadores de la etapa de vida adolescente y Joven. Etapa de Vida Adolescente. DIRESA Piura. Mayo 2016. [cited 2018 Jan 15]; Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/2016/regionales/piura.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA DURANTE AÑO 2017	
I. DATOS GENERALES	
Número de HC: _____ Caso () Control () Código : 00__	
II. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
1. Edad: _____años	
2. Estado civil: Soltera () Casada () Divorciada () Conviviente ()	
3. Procedencia: Urbana () Rural () Urbano marginal ()	
4. Grado de instrucción:	

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior técnica ()

Superior universitaria ()

III. DATOS GINECOBSTÉTRICOS

1. Edad de inicio de relaciones sexuales: ____ años

2. Uso de métodos anticonceptivos: No () Si ()

3. Embarazo previo: No () Si ()

4. Enfermedades durante el embarazo: Trastorno nutricional () Anemia ()
ITU () THE ()

5. Tabaquismo. No () Si ()

6. Alcoholismo No () Si ()

7. Enfermedad psiquiátrica como antecedente: No () Si ()